

---

## REVISÃO DE LITERATURA

*Rev. Psiqu. Clín. 28 (4):197-206, 2001*

# Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo

[Aristides Volpato Cordioli<sup>1</sup>](#)

[Daniela Tusi Braga<sup>2</sup>](#)

[Regina Margis<sup>3</sup>](#)

[Marcelo Basso de Souza<sup>3</sup>](#)

[Flávio Kapczinski<sup>1</sup>](#)

Recebido:11/1/2001/Aceito: 3/4/2001

### RESUMO

Foi feita uma revisão das disfunções cognitivas mais comuns em portadores de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), bem como dos modelos cognitivo-comportamentais que incluem tais crenças em sua gênese e sua manutenção. Foi observado um relativo consenso de que responsabilidade excessiva, exagerar a importância dos pensamentos, preocupação excessiva com seu controle, superestimar o perigo e o risco, intolerância à incerteza e perfeccionismo são freqüentes, embora não-específicas, em portadores do TOC. Foram revisados, ainda, estudos experimentais realizados para testar tais modelos e proposições. Um maior conhecimento das disfunções cognitivas poderá ser útil para o entendimento da psicopatologia do transtorno, para o desenvolvimento de novas técnicas de tratamento e para o aprimoramento das já existentes.

**Unitermos:** Transtorno obsessivo-compulsivo; Psicopatologia; Crenças; Terapia cognitivo-comportamental.

### ABSTRACT

#### **Dysfunctional beliefs and cognitive-behavioural model in obsessive-compulsive disorder**

A review was made of the most common cognitive dysfunctions among obsessive-compulsive disorder's (OCD) patients, as well as the cognitive-behavioral models that include beliefs that may give rise to and maintain such disorder. A relative consensus that excessive responsibility, overestimation of the importance of thoughts, excessive concern with the control of thoughts, overestimation of danger and risk, intolerance of uncertainty and perfectionism are common, though non-specific dysfunctional beliefs, among those patients. Experimental research carried out in order to test such propositions and models were also reviewed. Greater knowledge of cognitive dysfunctions may improve our understanding of the psychopathology of OCD, the development of new treatments and those currently in use.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder; Psychopathology; Beliefs; Cognitive-behaviour therapy.

---

### Introdução

O surgimento e a manutenção dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) têm sido atribuídos a um

conjunto de fatores envolvendo disfunções de vias serotoninérgicas, e talvez dopaminérgicas, que incluem núcleo caudato, tálamo, giro do cíngulo e lobo frontal (giro orbitofrontal). Tem sido sugerida a importância da aprendizagem no surgimento e na manutenção dos rituais, da esquiva, e como explicação para os resultados obtidos com a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR). Recentemente têm sido ainda descritas crenças disfuncionais em portadores do transtorno, sugerindo-se que possam ter papel importante no aumento da frequência, intensidade das obsessões, na sua manutenção, na adoção de medidas para neutralizá-las, além de determinar um grau maior ou menor de vulnerabilidade para a doença. Estudos isolados têm observado ser a terapia cognitiva eficaz para tratamento do TOC, sugerindo-se que seu acréscimo aos tratamentos convencionais poderia aumentar os benefícios e a adesão dos pacientes. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão das disfunções cognitivas em portadores de TOC, dos modelos cognitivo-comportamentais propostos e das pesquisas empíricas que embasam tais proposições. Para tanto foram consultados livros-texto de autores vinculados à teoria cognitiva e realizadas buscas na Internet, utilizando como palavras-chave: *Cognitive therapy*, *Cognitive-behavior therapy*, *Cognitions*, *Obsessions*, *Beliefs* and *Obsessive-compulsive disorder*. As buscas restringiram-se a artigos em língua inglesa e foram realizadas nos seguintes sites: Medline, Sumsearch, Fairlite e OCD Foundation. Foram feitas ainda buscas no Medline de trabalhos publicados pelo nome dos autores repetidamente mencionados, abrangendo-se o período de 1970 a junho de 2000.

#### O modelo comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo

De acordo com Mowrer (1939), medos e evitações seriam decorrentes de aprendizagens ocorridas em duas etapas: 1) aquisição por condicionamento clássico; e 2) manutenção por condicionamento operante, à medida que o indivíduo aprende a reduzi-los mediante a adoção de estratégias como a fuga e a evitação. De acordo com esse modelo, as obsessões seriam estímulos internos anteriormente neutros que, em consequência de experiências negativas, teriam ficado associados à ansiedade (*condicionamento clássico*). Se após o surgimento de um pensamento intrusivo de conteúdo negativo ou catastrófico a pessoa obtém alívio imediato realizando rituais ou adotando comportamentos de esquiva, tenderá a repetir tais comportamentos no futuro (reforço). Tais estratégias impedem a exposição e, conseqüentemente, a habituação, reforçando a tendência de o indivíduo adotá-las novamente em situações semelhantes que venham a ocorrer (*condicionamento operante*). Com a repetição desse ciclo, a esquiva e os rituais tornar-se-iam mais frequentes, estereotipados e repetitivos, passando a perpetuar-se (Salkovskis, 1998, p. 54).

#### *A relação funcional entre obsessões e rituais*

Uma série de experimentos, realizados por Rachman et al. na década de 1970, demonstrou a aplicabilidade do modelo comportamental para a compreensão dos fenômenos obsessivos e estabeleceu as bases para a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR).

Hogdson & Rachman (1972) observaram que pacientes com rituais de limpeza apresentavam elevação acentuada da ansiedade quando em contato com a sujeira, que decrescia rapidamente ao realizarem uma lavagem satisfatória. O mesmo fenômeno foi observado em verificadores, após a execução das verificações (Röper et al., 1973). Esses fatos foram interpretados apoiando a hipótese de que os rituais fossem realizados com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto associado às obsessões. Mais tarde Röper & Rachman (1976) observaram que os níveis de ansiedade e a necessidade de executar rituais eram menores se um observador estivesse presente.

#### *O desaparecimento espontâneo da ansiedade com a exposição e a prevenção da resposta (habituação)*

Rachman et al. (1976), Rachman (1978), Rachman & de Silva (1978) e Lickierman & Rachman (1980), além de confirmarem as observações anteriores, verificaram que a necessidade de se realizarem verificações ou lavagens desaparecia espontaneamente após um período que variava entre 15 a 180 minutos, caso os indivíduos se abstivessem de realizar tais rituais. Observaram que a queda era mais acentuada a cada repetição do exercício. Esse fenômeno, conhecido como habituação, estabeleceu as bases científicas para a terapia de EPR.

#### *Obsessões normais, anormais e a neutralização*

Das observações anteriores, várias questões permanecem em aberto, de certa forma até hoje. Qual a origem das obsessões? Qual a diferença entre obsessões ou pensamentos intrusivos normais e obsessões anormais? Rachman & de Silva (1978) haviam observado que obsessões normais e anormais eram semelhantes na forma e indistinguíveis quanto a conteúdo, significado e afeto associados, ocorrendo em 90% da população em geral. Chamaram atenção para a função de neutralização das compulsões, observando que tais manobras reduziam o desconforto tanto em indivíduos normais como em pacientes clínicos, sendo utilizadas por ambos. Para esses autores, as obsessões seriam

pensamentos intrusivos, imagens e impulsos automáticos, involuntários, acompanhados de ansiedade, enquanto a neutralização (comportamentos compulsivos manifestos ou encobertos, esquivas) seriam atos voluntários e controlados que o paciente executa com a intenção de reduzir a ansiedade ou o risco de provocar dano. Sugeriram, ainda, que os pensamentos intrusivos (obsessões) poderiam ser estímulos condicionados (condicionamento clássico), enquanto os pensamentos normais seriam usualmente estímulos neutros.

Mais recentemente, já em uma perspectiva cognitivista, Rachman (1997) propôs que as obsessões seriam causadas por interpretações errôneas dos próprios pensamentos, imagens e impulsos, como tendo grande significado pessoal – reveladores, desafiadores ou catastróficos – podendo, tais interpretações, transformar situações comuns em tormentos. As obsessões persistiriam enquanto persistissem as interpretações errôneas, e desapareceriam assim que estas cessassem.

#### *A terapia de exposição e a prevenção da resposta*

Datam desse mesmo período as primeiras tentativas de tratamento do TOC utilizando técnicas comportamentais. Nesse sentido, foi pioneiro o trabalho de Meyer (1966), que, com base nas técnicas de dessensibilização sistemática de Wolpe, tratou com sucesso dois pacientes com rituais e obsessões.

No entanto, somente na década de 1970 foram realizados ensaios clínicos mais sistemáticos para testar a eficácia de técnicas, como modelação, prevenção de resposta, exposição gradual e implosão (exposição ao estímulo ou situação mais temida de uma lista hierárquica) para tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos. Foi observada uma eficácia superior dessas técnicas quando comparadas ao uso de outros métodos, como a relaxação (Hogdson et al., 1972; Rachman et al., 1973).

Dois estudos realizados em ambiente hospitalar, com um número maior de pacientes, foram pioneiros no uso intensivo da terapia de EPR. Em 1974, Meyer et al. (*apud* Jenike et al., 1990) trataram com sucesso 15 pacientes, a maioria com compulsões de limpeza, utilizando técnicas de exposição, prevenção de resposta, modelação e reforço social.

No ano seguinte, Marks et al. (1975), utilizando as mesmas técnicas, trataram, durante 4 a 12 semanas, 20 pacientes obsessivo-compulsivos crônicos, portadores de rituais, obtendo resultados igualmente favoráveis, tendo sido definitivamente comprovada a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves, que passaram, a partir do início da década de 1980, a ser um dos tratamentos de escolha para o TOC.

A terapia de EPR é bastante eficaz quando os pacientes realizam os exercícios. Entretanto, muitos não aderem ao tratamento, fazendo com que o índice de abandono seja elevado. A eficácia é menor quando os sintomas são obsessões puras, predominam compulsões mentais, ou há depressão ou ansiedade elevada associadas. Se forem considerados esses fatores, a eficácia da EPR cai para 50%, aproximadamente (Salkovskis, 1997a).

O sucesso da terapia de EPR constituiu um forte argumento a favor do modelo comportamental. Entretanto, ele apresenta algumas limitações. Não explica por que muitas pessoas têm impulsos de executar rituais (à semelhança do que ocorre no transtorno de Tourette) sem que preceda uma obsessão. Sua hipótese sobre a origem das obsessões e dos medos a elas associados, por condicionamento clássico, não tem sido observada na prática, sendo inclusive questionada, pois, ao contrário do previsto, a maioria dos pacientes com TOC não associa a origem dos sintomas a algum evento desencadeante (Jones & Menzies, 1998). O modelo também não considera o papel de fatores biológicos, como a neuroquímica cerebral, a genética e as doenças cerebrais, fatores que sabidamente podem estar relacionados ao transtorno.

Levando-se em conta essas críticas, Neziroglu & Hsia (1998) propõem um modelo biocomportamental integrando a neuroquímica e a aprendizagem. Sugerem que os impulsos são devidos a alterações neuroquímicas e precedem a ansiedade, que seria decorrente deles. As compulsões seriam realizadas em resposta à ansiedade que acompanha os impulsos, e as obsessões seriam secundárias às compulsões. É uma inversão completa do modelo anterior. É verdade que integra a neuroquímica, desconsiderada pelo modelo comportamental. Entretanto, não esclarece a observação usual de que, na maioria das vezes, uma obsessão precede a execução de um ritual, ou a esquivas, comum em pacientes com TOC, além de não definir o papel das cognições disfuncionais (crenças) ou interpretações errôneas nos fenômenos obsessivo-compulsivos.

## Modelos cognitivos do transtorno obsessivo-compulsivo

### *Os modelos de Carr, McFall e Wollersheim*

O relativo sucesso da terapia de EPR fez com que, até recentemente, não se desse atenção às crenças distorcidas eventualmente presentes no TOC. Carr (1974) destacou a avaliação irreal do risco como sendo comum em portadores de transtorno, que avaliariam muitas situações de forma exagerada quanto à probabilidade de um evento indesejado ocorrer e quanto ao impacto de suas conseqüências. Tal avaliação determinaria um alto grau de ansiedade, que seria reduzido pela realização dos rituais. Mesmo eventos muito pouco prováveis, se suas conseqüências fossem avaliadas como de grande impacto, poderiam produzir níveis elevados de ansiedade e determinar a necessidade de ritualizar. Posteriormente, foi sugerido que o grau de responsabilidade pessoal atribuído seria o fator ansiogênico mais importante (Salkovskis, 1985 e 1989).

McFall & Wollersheim (1979) sugeriram que erros de avaliação poderiam ser cruciais para o TOC. Destacaram como cognições relevantes: perfeccionismo disfuncional, responsabilidade exagerada e avaliação exagerada do risco. Crenças intermediárias (suposições e regras) influenciariam a avaliação exagerada do risco: 1) "Deve-se ser perfeito!"; 2) "Cometer erros resulta em castigo, punição ou condenação!"; 3) "Somos poderosos para provocar ou para prevenir eventos desastrosos!"; 4) "Certos pensamentos e sentimentos são inaceitáveis e podem levar a uma catástrofe!".

A avaliação exagerada do perigo e diminuída dos recursos para manejá-los determinaria um sentimento de incapacidade para lidar com a ameaça, induziria a realização de rituais destinados a reduzir o risco ou a responsabilidade, mais toleráveis do que a culpa sentida por uma eventual falha.

### *O modelo cognitivo de ansiedade*

Os modelos de Beck (1976) e Clark (1986) para ansiedade e pânico de alguma forma serviram de base para a proposição de modelos cognitivos para o TOC. De acordo com Beck, as pessoas tendem a interpretar as situações como mais perigosas do que de fato são, em função de crenças e regras que aprenderam em períodos precoces da vida. Tais crenças talvez tivessem sido úteis em determinadas situações no passado, mas tornam-se problemáticas quando eventos vitais ou situações de estresse as ativam de uma forma distorcida ou catastrófica ("Devo ser calmo"; "Eu não sei me controlar e vou perder o controle!" etc.) (Beck, 1976).

Em uma revisão do modelo, Beck et al. (1985) propuseram uma conceitualização mais ampla e mais útil dos componentes da ansiedade sob a forma de uma equação, em cujo numerador constam os Riscos e no denominador, os Recursos. A ansiedade resultaria de avaliação aumentada dos riscos e diminuída dos recursos de que o indivíduo disporia para enfrentá-los. Esse modelo tornou-se conhecido como dos Riscos e Recursos.

Para Clark (1986), indivíduos que sofrem de ataques de pânico tendem a interpretar sensações físicas de ansiedade como indicativas de um desastre iminente (p. ex.: taquicardia, tonturas e dor no peito são percebidas como evidências de um ataque cardíaco), o que aumentaria ainda mais a ansiedade, eventualmente desencadeando novos ataques, em um verdadeiro círculo vicioso.

### O modelo cognitivo-comportamental de Salkovskis para o TOC

Segundo Salkovskis et al. (2000b), as características dos fenômenos obsessivo-compulsivos cruciais para a teoria cognitivo-comportamental e suas aplicações são as seguintes:

- 1) Evitação de objetos ou de situações que desencadeiam obsessões.
- 2) Cognições intrusivas (pensamentos obsessivos, imagens, impulsos).
- 3) Avaliação da ocorrência e do conteúdo das cognições intrusivas como indicativas de responsabilidade aumentada.
- 4) Neutralização (comportamentos compulsivos, rituais mentais, tentativas de suprimir cognições indesejadas).

## 5) Desconforto (ansiedade, depressão ou ambos).

Esse autor, em vários trabalhos (1985; 1989; 1997a; 1998; 1999a e b), baseando-se em proposições de Rachman, Hodgson, Carr, McFall e Wollersheim, entre outros, para o TOC, e de Beck e Clark, para ansiedade e pânico, propôs um modelo cognitivo-comportamental para os fenômenos obsessivo-compulsivos, que pode ser sumarizado da seguinte forma:

1) Existe uma ocorrência espontânea, normal e universal de fenômenos intrusivos que interrompem o fluxo normal do pensamento e fazem parte da atividade cognitiva usual. Em geral são neutros, redundando eventualmente em criatividade e produtividade. Podem, entretanto, vir acompanhados de alterações de humor: angústia, depressão, aflição. Tais intrusões em si não têm nenhuma conotação prazerosa, mas, em função de sua avaliação, podem adquirir um tom positivo, negativo ou neutro. Ocorrem como um processo automático, involuntário, provavelmente ligado às preocupações do indivíduo no momento. Formam a base para que pessoas vulneráveis (predisposição genética, neuroquímica, experiências infantis), com regras morais próprias muito estritas, especialmente sensíveis a infrações, ou exigentes na correção de tais infrações (ou em preveni-las), desenvolvam posteriormente problemas obsessivos.

2) Indivíduos particularmente sensíveis em função de crenças e regras preexistentes, *interpretam* de forma automática (atribuem um significado) à ocorrência e ao conteúdo de algumas intrusões específicas, como uma indicação de possível perigo, de que podem ser responsáveis por causar dano a si mesmos ou aos outros, e de que devem fazer algo para impedi-lo. Tais intrusões tornam-se mais freqüentes, intensas e involuntárias; não desaparecem espontaneamente, evocam mais desconforto e tornam-se mais difíceis de ser afastadas da mente (obsessões clínicas).

3) Como conseqüência, há desconforto emocional (ansiedade, apreensão, culpa, depressão), maior focalização nas intrusões (*hipervigilância*) e nos estímulos que as desencadeiam.

4) Surge a obrigação de reagir ou fazer algo mediante comportamentos de *neutralização*, que são tentativas de evitar, reduzir ou eliminar a responsabilidade. São atos iniciados voluntariamente, incluindo comportamentos compulsivos, rituais, evitação de situações relacionadas com a obsessão, busca de reassuramentos para diluir ou diminuir a responsabilidade, esforços para não se pensar em determinada situação ou afastar um pensamento considerado inaceitável. São adotados muitas vezes critérios inatingíveis, que aumentam ainda mais o grau de preocupação e a chance de ocorrerem novas obsessões e rituais. Podem ser manifestos ou encobertos (rituais ou evitações mentais).

5) O alívio temporário do desconforto pela diminuição da responsabilidade percebida e o maior controle dos pensamentos aumentam as chances de ocorrência de novas manobras de neutralização (reforço negativo), impedindo a extinção da ansiedade associada às obsessões. Impedem também o paciente de descobrir que os desastres que ele teme não vão acontecer como imagina. Conseqüentemente, as crenças sobre dano e responsabilidade não diminuirão, perpetuando dessa forma o TOC.

*Testes experimentais do modelo*

O modelo proposto por Salkovskis teve como mérito gerar um grande número de hipóteses, muitas delas comprovadas em pesquisas de campo:

1) Existe uma relação entre pensamentos envolvendo responsabilidade e manobras de neutralização (Freeston et al., 1991 e 1992; Freeston & Ladouceur, 1993; Purdon & Clark, 1994; Lopatka & Rachman, 1995).

2) Crenças direta ou indiretamente relacionadas a responsabilidade são mais prevalentes em pacientes obsessivos que em controles (Clark et al., 1991; Rhéaume, Ladouceur et al., 1994; Salkovskis & Campbel, 1994; Trinder e Salkovskis, 1994; Salkovskis et al., 2000a). Essas observações foram realizadas tanto em portadores de TOC como em situações de manipulação artificial da responsabilidade (Ladouceur et al., 1996 e 1997).

- 3) A saliência de pensamentos intrusivos depende de seu conteúdo aversivo: pensamentos desagradáveis persistem mais do que pensamentos neutros (Edwards & Dickerson, 1987).
- 4) Tentar suprimir pensamentos intrusivos inaceitáveis tem um efeito paradoxal de aumentar sua frequência, tanto em pacientes clínicos como em indivíduos normais (Lavy & van den Hout, 1990; Salkovskis & Campbell, 1994). Este achado contraria a técnica do "pare de pensar" recomendada para o controle de obsessões (Yamagani, 1971; Stern, 1973).
- 5) Manobras de neutralização tendem a aumentar a responsabilidade percebida, o desconforto e a frequência das intrusões – pois buscar prevenir implica aceitação tácita da responsabilidade (Salkovskis et al., 1997b).
- 6) A forma como intrusões cognitivas desagradáveis são avaliadas desencadeia ou não estratégias para seu controle (Freeston et al. 1991; Freeston et al., 1992; Freeston & Ladouceur, 1993).
- 7) A correção de pensamentos disfuncionais mediante a terapia cognitiva reduz os sintomas de TOC (Emmelkamp et al., 1988; Emmelkamp & Beens, 1991; van Oppen et al., 1995; Freeston et al., 1997).
- 8) Sistemas de crenças, suposições e regras podem tornar os indivíduos mais vulneráveis ao TOC. Tais crenças e regras poderiam ter sido adquiridas em função de: a) um senso precoce e amplo de responsabilidade, desenvolvido e estimulado na infância; b) códigos de conduta muito rígidos e extremados; c) criação em ambientes familiares, nos quais os medos eram proeminentes e não havia oportunidade de confrontá-los; d) incidente, no qual por azar a ação ou inação resultou em dano sério para si ou para outras pessoas; e) criação em ambiente de criticismo sistemático, ou no qual a pessoa foi sistematicamente considerada "bode expiatório"; f) aumentos eventuais ou coincidentes nos níveis de responsabilidade (filho mais velho, nascimento de filhos, casamento, etc.). O TOC seria o resultado de indivíduos hipersensíveis tentando de todas as formas ter certeza de que não causarão dano a si próprios ou a outras pessoas, ou que são capazes de impedir que o dano venha a ocorrer (Salkovskis, 1999b).

Esta última hipótese, bem como a comprovação dos fatores que influem na formação do sistema de crenças e regras, necessita ser testada.

### **Crenças disfuncionais no TOC**

Além do excesso de responsabilidade destacado particularmente pelo modelo de Salkovskis, a avaliação excessiva do risco, dúvidas excessivas e outras disfunções cognitivas foram propostas como tendo influência nos fenômenos obsessivo-compulsivos. Uma revisão de tais crenças foi publicada em nosso meio por Torres (1998).

Preocupados com a grande quantidade de crenças disfuncionais descritas e de instrumentos desenvolvidos para aferi-las, muitos não padronizados e não publicados, ou se sobrepondo, um grupo de pesquisadores e estudiosos do TOC, o *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG), iniciou um esforço coordenado para sistematizar tais proposições e ao mesmo tempo estimular o desenvolvimento de medidas cognitivas que auxiliassem a distinguir o TOC de outros transtornos. Além de realizar um levantamento dos diferentes instrumentos existentes, o OCCWG estabeleceu, mediante consenso, o que considerou os principais e mais importantes domínios de crenças relacionadas ao transtorno. Sugeriu ainda que as medidas distinguissem os seguintes fenômenos cognitivos:

- 1) Intrusões:** são pensamentos, imagens ou impulsos indesejados que invadem a consciência e que são experimentados em algum momento por muitas pessoas. Ocorrem em diferentes transtornos, como pânico, ansiedade generalizada, depressão, etc.
- 2) Obsessões:** são intrusões particularmente intensas e frequentes, acompanhadas de desconforto, avaliadas negativamente e neutralizadas por tentativas de remover, prevenir ou anular as conseqüências imaginadas.
- 3) Avaliações:** são as diferentes formas de atribuir um significado às intrusões: expectativas, interpretações ou outros tipos de julgamento (importância do pensamento, responsabilidade, obrigação de agir).

**4) Crenças:** são sistemas de suposições ou afirmativas próprias mais permanentes, atribuídas a todas as situações, e não somente a situações específicas. São medidas por meio de atitudes disfuncionais ou crenças irracionais (*Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group*, 1997).

Com base nos domínios de crenças sugeridos pelo OCCWG, são descritas a seguir as crenças disfuncionais consideradas de importância no TOC, bem como algumas das pesquisas nas quais as propostas estão embasadas.

#### *Responsabilidade excessiva*

"Responsabilidade" significa que a pessoa acredita que possa ser ou venha a ser a causa de dano para si ou para os outros, a não ser que faça algo para impedir ou reparar. Avaliação excessiva da responsabilidade é a crença que alguém tem de deter um poder que é decisivo para provocar ou para impedir que aconteçam desfechos negativos, considerados subjetivamente críticos de serem prevenidos. A distorção cognitiva mais típica é acreditar que qualquer influência sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total por este. Tanto diz respeito à probabilidade de dano físico como ao dano resultante de falha moral. É uma sensibilidade especial a omissões e falhas, que leva os portadores de TOC a serem muito cuidadosos (Rhéaume, 1995; Salkovskis, 1997a). Crenças típicas: "Não agir para evitar um evento que cause dano é tão condenável quanto cometê-lo"; "Se eu não verificar o gás várias vezes, pode ocorrer um incêndio, e a culpa será minha".

A proposição de que o excesso de responsabilidade tem um papel importante no TOC vem embasada em várias pesquisas. Inicialmente, relatos de séries de casos já haviam observado a relação entre excesso de responsabilidade e TOC (Röper & Rachman, 1973; Rachman & de Silva, 1976). A crença de ter um poder decisivo de provocar ou impedir desastres foi um melhor preditor de índices de responsabilidade que a gravidade e a probabilidade do desfecho (Rhéaume et al., 1994). Rhéaume et al. (1995), em um estudo com 397 voluntários, verificaram que o senso de responsabilidade se correlacionava com as crenças de terem um papel considerado decisivo e de poderem ter influência nos desfechos. Lopatka & Rachman (1995) verificaram que a manipulação artificial da responsabilidade percebida para mais ou para menos era seguida de aumento ou diminuição no desconforto, na antecipação de desastres futuros e na necessidade de se fazer verificações. Wilson & Chambless (1999) examinaram a relação entre responsabilidade e sintomas obsessivo-compulsivos. Observaram que a avaliação de responsabilidade intensa contribuía para a predição da ocorrência de sintomas de TOC, e esta relação parecia ser mediada por pensamentos automáticos de causar dano.

O excesso de responsabilidade pode estar subjacente a vários sintomas de TOC: verificações, repetições, lavagens excessivas, dúvidas, controle, etc., o que pode ser muito extenso, pessoal ou específico.

#### *Exagerar a importância dos pensamentos*

É a crença de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante. Inclui-se nesse domínio o pensamento mágico, segundo o qual a pessoa acredita ter o poder de provocar ou impedir desfechos negativos futuros, executando rituais. Inclui-se, ainda, a chamada fusão do pensamento e da ação, descrita por Shafran et al. (1995), a qual, por sua vez, inclui dois componentes: 1) acreditar que pensar em um evento inaceitável ou perturbador aumenta as chances de que esse venha a acontecer (pensar em um acidente aumenta as chances de que ele ocorra); e 2) pensar equivale a agir, desejar ou cometer; ou que ter um pensamento inaceitável equivale moralmente a praticá-lo. Determina um excesso de culpa e a realização de rituais de verificação ou outras manobras de neutralização. Exemplos: "Se eu fizer todos os meus atos em números pares nada de ruim vai acontecer!" "Porque passam pela minha cabeça pensamentos violentos, sou um assassino em potencial!" "Ter um pensamento obsceno significa que eu tenho um desvio de caráter...!".

#### *Preocupação excessiva com o controle dos pensamentos*

Clark & Purdon (1993) propuseram que uma das disfunções centrais no TOC são as pressuposições que o indivíduo faz sobre a forma ou o conteúdo dos pensamentos ou imagens que ocupam a corrente do pensamento (metacognições). Uma dessas disfunções é a tendência a supervalorizar a importância de exercer um controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos intrusivos, e a crença de que isso tanto é possível como desejável. Pode se manifestar sob a forma de diferentes crenças errôneas: 1) é importante o registro e a hipervigilância dos eventos mentais; 2) existem conseqüências morais de não controlar os pensamentos ("Se o pensamento do demônio vem a minha cabeça, posso ser condenada por isso!"); 3) existem conseqüências comportamentais e psicológicas de não controlar os pensamentos (pensar pode induzir a cometer); 4) é possível ter total controle dos pensamentos

(*Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group*,1997). Exemplos: "Ter pensamentos indesejáveis significa ter perdido o controle!" "Devo saber sempre o que se passa na minha cabeça, pois só dessa maneira eu posso controlar meus pensamentos..." "Se eu não conseguir afastar meus pensamentos, é sinal de que estou enlouquecendo!" Essas crenças aumentam a vigilância, a aflição e a frequência das intrusões.

#### *Superestimar o perigo e o risco*

Exagerar a probabilidade ou a gravidade do dano ou do perigo é certamente a crença mais comum em pacientes com rituais de lavagem ou de verificações. Envolve dois componentes: superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer e/ou o grau do seu impacto. Um evento altamente improvável, embora de grande impacto, causa eventualmente mais aflição do que outro bem mais provável, mas de impacto menor. Influi ainda no grau de aflição associada a avaliação diminuída dos recursos de que o indivíduo dispõe para seu eventual manejo. É uma dimensão que se sobrepõe de certa forma ao excesso de responsabilidade. Exemplo: "Se a torneira não estiver bem fechada, minha casa pode inundar!". Existe uma unanimidade entre os diferentes autores em considerar essa disfunção cognitiva associada ao TOC (Carr, 1974; McFall & Wollersheim, 1979; Salkovskis, 1985; van Oppen & Arntz, 1994).

É importante destacar, ainda, que os medos e a responsabilidade percebida diminuem na presença de outra pessoa, e podem se referir a um futuro distante (ir para o inferno em virtude de pensamentos obscenos; ter câncer daqui a 20 anos por ter tido contato com contaminantes). Além disso, a desconfirmação nesses casos é difícil ou impossível.

#### *Intolerância à incerteza*

De longa data, sabe-se que pacientes com TOC têm mais dificuldades em tomar decisões, parecem ser mais cautelosos, solicitam repetidamente as mesmas informações, necessitam que uma informação ou reassuramento sejam repetidos, além de terem muitas dúvidas se suas decisões foram corretas ou não. As dificuldades de tomar decisão derivam da necessidade de ter certeza. Três tipos de crenças relacionam-se com a intolerância à incerteza: 1) a necessidade de ter certeza; 2) a pouca capacidade para lidar com mudanças imprevisíveis; 3) a dificuldade de funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas. Exemplos: "Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, é muito provável que cometa erros...", "Se eu pensar bastante em um problema, acabarei tendo certeza de qual é a solução correta!" (*Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group*,1997).

#### *Perfeccionismo*

É a tendência a acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema, que fazer alguma coisa perfeita (livre de erros) não só é possível, como necessário e que mesmo erros pequenos têm sérias conseqüências. As metas exigidas não são apenas elevadas, como também inatingíveis muitas vezes. Crenças típicas: " Devo me esforçar até que minha tarefa saia perfeita"; " Falhar em parte é tão ruim quanto falhar completamente" (Rhéaume et al.,1995; (*Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group*,1997).

McFall & Wollersheim (1979) já haviam assinalado o perfeccionismo como uma característica importante no TOC. Foram definidas várias dimensões do perfeccionismo (em relação a si mesmo, aos outros e socialmente recomendado) e desenvolvidas escalas para avaliá-las (Frost et al.,1990; Hewitt & Flett, 1991).

Medidas do perfeccionismo, especialmente nas dimensões: preocupação excessiva sobre a possibilidade de cometer erros, ou dúvidas em relação a ações, estão relacionadas com medidas de intensidade de sintomas de TOC, tanto em pacientes clínicos (Frost & Steketee, 1997; Antony et al., 1998) como em não-clínicos.

Também parece que o perfeccionismo está relacionado à percepção excessiva de responsabilidade e com a tendência a fazer verificações. Bouchard et al. (1999) compararam 24 indivíduos moderadamente perfeccionistas com 27 indivíduos altamente perfeccionistas, em situações de manipulação artificial da responsabilidade. Verificaram que estes últimos tendiam a ter mais hesitações e verificações em situações de alta responsabilidade que os primeiros, além de sentirem uma responsabilidade maior sobre possíveis conseqüências negativas. Os autores sugerem que o perfeccionismo possa influenciar na percepção da responsabilidade pessoal em eventos negativos.

#### *Fixidez e intensidade das crenças*



É diferente a intensidade e a fixidez com que os pacientes com TOC aderem às suas crenças. Neziroglu et al.(1999) desenvolveram e validaram uma escala (Escala para idéias supervalorizadas) para avaliação desses dois parâmetros. Verificaram que os escores da escala, embora não tivessem correlação com os escores da YBOCS, se correlacionaram com os resultados do tratamento – farmacoterapia associada à terapia cognitivo-comportamental intensiva, sugerindo que os escores da escala possam ser preditores dos resultados, no tratamento do TOC.

### *Especificidade das disfunções cognitivas do TOC*

A descrição de crenças disfuncionais no TOC levanta a interessante questão de quanto elas seriam específicas desse transtorno, ou, se na verdade, constituem apenas esquemas cognitivos ou crenças centrais, que contribuiriam para tornar certos indivíduos mais predispostos.

Existe um consenso entre os diferentes autores quanto à importância do excesso de responsabilidade no TOC, mas essa disfunção não é específica do transtorno. Van Oppen e Arntz (1994) propõem um quadro comparativo do papel dessa crença em diversos quadros:

- **Depressão:** baixa auto-estima e culpa ligadas a alta responsabilidade percebida por eventos acontecidos no passado, que foram avaliados como negativos ou catastróficos ("destruí minha vida!").
- **Ressentimento:** pouca responsabilidade pessoal percebida por problemas ocorridos: a responsabilidade é atribuída aos outros ("Ninguém me avisou que aquele indivíduo era desonesto!").
- **Fobias e outros transtornos de ansiedade:** expectativa de catástrofes no futuro, mas com pouca responsabilidade em provocá-las ou preveni-las ("Posso ficar preso no elevador!").
- **TOC:** alto grau de responsabilidade por catástrofes cuja ocorrência no futuro é avaliada de forma exagerada ("Se eu não lavar minhas roupas separadamente, minha irmã pode contrair doenças!").

O excesso de responsabilidade está presente em outros transtornos, como o transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Pode ser um traço de personalidade e fazer parte de outros transtornos, não sendo necessariamente patológico.

Avaliação excessiva do risco faz parte de uma série de outros transtornos psiquiátricos: pânico delirante, hipocondria, fobia social, entre outros.

A intolerância à incerteza faz parte de outros quadros, como o transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, de personalidade dependente, de ansiedade generalizada. Permanece uma questão em aberto quanto ela é uma característica mais fortemente associada ao TOC que a outros transtornos. Parece ser uma variável relacionada com o medo excessivo, desenvolvendo um importante papel na sua aquisição e na manutenção (Ladouceur et al., 2000).

O perfeccionismo não é um problema exclusivo do TOC. Em suas diferentes dimensões pode fazer parte da psicopatologia de vários transtornos: de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), fobia social (preocupação em cometer erros, dúvidas sobre ações, preocupação excessiva com a avaliação e as críticas dos outros, dúvidas em relação ao que se considera socialmente recomendado), distímia, transtorno do pânico, etc. (Hewitt & Flett, 1991; Frost & Steketee, 1997; Antony et al., 1998), e é um dos critérios diagnósticos para TPOC (DSM-IV).

### **Comentários finais e questões em aberto**

Nestas duas últimas décadas, um número significativo de trabalhos foram realizados com o objetivo de identificar disfunções cognitivas no TOC, e um comitê de especialistas chegou a um relativo consenso de quais seriam as mais frequentes.

Também parece evidente que tais crenças, embora altamente prevalentes em portadores de TOC, não são específicas do transtorno, ocorrendo em outros transtornos mentais, de cuja psicopatologia fazem parte. Sua presença, entretanto,

parece não contribuir para aumentar o grau de certeza quanto ao diagnóstico, permitindo diferenciá-lo de outros quadros.

Pode-se supor, entretanto, que sua abordagem, permitindo ao paciente maior compreensão dos sintomas, e sua correção, mediante técnicas cognitivas apropriadas, possam ser particularmente úteis para pacientes com obsessões puras, ou quando a adesão às tarefas de exposição e prevenção da resposta é falha, em função da intensidade e rigidez de crenças, regras ou suposições. Embora alguns raros trabalhos tenham verificado ser a terapia cognitiva eficaz, mesmo como tratamento isolado, na redução dos sintomas do TOC, o usual é que ela seja uma coadjuvante da terapia de exposição e prevenção da resposta e da farmacoterapia. Acredita-se que associar a correção de crenças disfuncionais às terapias já consagradas poderá aumentar os ganhos de tais tratamentos, além de contribuir para a elucidação da psicopatologia do transtorno. Porém, esta é uma hipótese que necessita de comprovação. Mensurá-las, desenvolver técnicas específicas para modificá-las, observar o impacto de sua abordagem nos ganhos terapêuticos, na adesão aos tratamentos convencionais e na prevenção de recaídas são alguns dos desafios que temos pela frente nesta área. Boa parte do caminho foi percorrida com o desenvolvimento e a disponibilidade de um bom número de instrumentos de pesquisa.




---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antony, m.m.; Purdon, c.; Huta, v. & Swinson, R.P. – Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther* 36(3): 1143-54, 1998.

Beck, A.T. – *Cognitive therapy and emotional disorders*. International University Press, New York, 1976.

Beck, a.t. ; Emery, g. & Grenberg, R. L. – *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Basic Books, 1985.

Bouchard, c.; Rheaume, j.; Ladouceur, r. – Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behav Res Ther* 37(3): 239-48, 1999.

Carr, A.T. – Compulsive neurosis: a review of literature. *Psychol Bull* 81: 311-18, 1974.

Clark, D.M. – A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 24(3): 461-70, 1986.

Clark, d.m.; Ball, s. & Pape, D. – An experimental investigation of thought suppression. *Behav Res Ther* 29(3): 253- 57, 1991.

Clark, d.m. & Purdon, C. – New perspectives for a theory of obsessions. *Australian Psychologist* 28: 161-67, 1993.

Emmelkamp, p.m.g.; Visser, s. & Hoekstra, R. – Cognitive therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Behav Res Ther* 12: 103-14, 1988.

Emmelkamp, p.m.g. & Beens, H. – Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 29(3): 293-300, 1991.

Edwards, s. & Dickerson, M. – Intrusive unwanted thoughts: a two stage model of control. *Brit Med Psychology* 60: 317-28,1987.

Freeston, m.h. & Ladouceur, R. – Appraisal of cognitive intrusions and response style:

replication and extension. *Behav Res Ther* 31(2): 185-91,1993.

Freeston, m.h.; Ladouceur, r.; Gagnon, f.; Thibodeau, n.; Rhéaume, j.; Letarte, h.; Bujold, A. – Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 65: 405-13, 1997.

Freeston, m.h.; Ladouceur, r.; Thibodeau, n.; Gagnon F. – Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behav Res Ther* 30(3): 263-71, 1992.

Freeston, m.h.; Ladouceur, r.; Thibodeau, n.; Gagnon, f. – Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal beliefs about obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 29(6): 585-97, 1991.

Frost, r.o.; Marten, p.; Lahart, c. & Rosenblate, R. – The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 14: 449-68, 1990.

Frost, r.o. & Steketee, G. – Pefectionism in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 35 (4): 291-96, 1997.

Hewitt, p.l. & Flett, G.L. – Perfectionism in the self and social context: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Person Social Psychology* 60(3): 456-70, 1991.

Hogdson, r. & Rachman, S. – The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther* 10: 111-17, 1972.

Hogdson, r.; Rachman, s.j.; Marks, I.M. – The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. *Behav Res Ther* 10: 181-89,1972.

Jenike, m.a.; Baer, l.; Minichiello, W. E. – *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd ed., Year Book Medical Publ. Inc., Chicago, 1990.

Jones, m.k. & Menzies, R.G. – The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive-compulsive washing findings. *Behav Res Ther* 36: 273-83, 1998.

Ladouceur, r.; Gosselion, p.; Dugas, M.J. – Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of theoretical model of worry. *Behav Res Ther* 38(9): 933-41, 2000.

Ladouceur, r.; Léger, e.; Rhéaume, j.; Dubé, d. – Correction of inflated responsibility in the treatment of inflated responsibility disorder. *Behav Res Ther* 34 (6): 767-74, 1996.

Ladouceur, r.; Rhéaume, j.; Aublet, F. – Excessive responsibility in obsessional-concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behav Res Ther* 35(5): 423-27, 1997.

Lavy, e. & van Den Hout, M. – Thought suppression induces intrusion. *Behav Psychother* 18: 251-58, 1990.

Likierman, h. & Rachman, S.J. – Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther* 18: 387-94, 1980.

Lopatka, c. & Rachman, S. – Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther* 33 (6): 673-84, 1995.

Mcfall, m.E. & Wollersheim, J.P. – Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognit Ther Res* 3: 333-48, 1979.

Marks, i.m.; Hodgson, r.; Rachman, S. – Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 127: 349-64, 1975.

Meyer, V. – Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther* 4: 273-80, 1966.

Mowrer, O.H. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychological Review* 46: 553-66, 1939.

Neziroglu, f.a. & Hsia, C. – Reconceptualization of behavior therapy for obsessive-compulsive disorder from a learning and neurochemical perspective. *CNS Spectrum* 3(7): 47-53, 1998.

Neziroglu, f.a.; Stevens, k.p. E.; Yaryura-Tobias, J.A. – Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiat* 21(4): 209-16, 1999.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group – Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 35(7): 667-81, 1997.

Purdon, c. & Clark, D.A. – Obsessive intrusive thoughts in a non-clinical subjects: II. Cognitive appraisal, emotional response and thought-control strategies. *Behav Res Ther* 32: 403-10, 1994.

Rachman,, S. – A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 35(9): 793-802, 1997.

Rachman, S.J. – The anatomy of obsessions. *Behav Analysis Modification* 2: 253-78, 1978.

Rachman, S.J. & de Silva, P. – Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 16: 233-48, 1978.

Rachman, s.j.; de Silva, p.; Röper, G. – The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 14: 445-53, 1976.

Rachman, s.j.; Hogdson, r.; Marks, I.M. – The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther* 35(7): 667-81, 1977.

Rachman, s.j.; Marks, i.m.; Hogdson, R. – The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding *in vivo*. *Behav Res Ther* 11: 463-71, 1973.

Rhéaume, j.; Freeston, m.h.; Dugas, m.; Letarte, h. & Ladouceur, R. – Perfeccionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 33: 785-94, 1995.

Rhéaume, j.; Ladouceur, r.; Freeston, m.h.; Letarte, H. – Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: validation of an operational definition. *Cognit Ther Res* 33(2): 159-69, 1995.

Rhéaume, j.; Ladouceur, r.; Freeston, m.h.; Letarte, H. – Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: psychometric studies of semi-ideographic measure. *J Psychopath Behav Assessment* 16(4): 265-76, 1994.

Röper, g. & Rachman, S. – Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav Res Ther* 14(1): 25-32, 1976.

Röper, g.; Rachman, s. & Hogdson, R. – An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 11: 271-77, 1973.

Salkovskis, P.M. – Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*

37: 29-52, 1999a.

Salkovskis, P.M. – Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 27(6): 677-82, 1989.

Salkovskis, P.M. – Obsessional- compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 23: 311-13, 1985.

Salkovskis, p.m. & Campbell, p. – Thought suppression in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behav Res Ther* 32: 1-8, 1994.

Salkovskis, p.m.; Forrester, e.; Richards, C. – Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In: Goodman, W.K.; Rudorfer M.V.; Maser, J.D. *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment*. Chapter 11, pp.201-22, Lawrence Erlbaum Ass. Pub.: London, 2000b.

Salkovskis, p.m.; Forrester, e.; Richards, C. – Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 173(suppl.35): 53-63, 1998.

Salkovskis, p.m. & Kirk, j. – Obsessive-compulsive disorder. In: Clark, D.M. & Fairbairn C.G. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford University Press, New York, pp.179-209, 1997a .

Salkovskis, p.m.; Shafran, r.; Rachman, s.; Freeston, M.H. – Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Beh Res Ther* 37: 1055-72, 1999b.

Salkovskis, p.m.; Westbrook, d.; Davis, j.; Jeavons, a. Gledhill, A. – Effects of neutralizing on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 35(3): 211-19, 1997b.

Salkovskis, p.m.; Wroe, a.l.; Gledhill, a.; Morrison, n.; Forrester, e.; Richard, c.; Reynolds, m.; Thorpe, S. – Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 38(4): 347-72, 2000a.

Shafran, r.; Thordarson, d & Rachman, S. – Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 10: 379-92, 1995.

Stern, R. – Treatment of a case of obsessional neurosis using o thought stopping technique. *Brit J Psychiatry* 117: 441-42, 1973.

Trinder, h. & Salkovskis, P.M. – Personality relevant intrusions outside the laboratory: long-term suppression increases intrusion. *Behav Res Ther* 32(8): 833-42, 1994.

Torres A.R. – Aspectos cognitivos do transtorno obsessivo-compulsivo. *J Bras Psiqu* 47(8): 401-408, 1998.

van Oppen, p.; Haan ed.; van Balkon, a.j.l.m.; Spinhoven p.; Hogduin k. van Dick R. – Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 33(4): 379-90, 1995.

van Oppen, p. & Arntz, A. – Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 33(1): 79-87, 1994.

Wilson k.a., & Chambless, D.L. – Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther* 37(4): 325-35, 1999.

Yamagani, T. – The treatment of obsession by thought-stopping. *J Behav Ther and Experimental Psychiatry* 2: 133-35, 1971.

---

1 Professor-Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

2 Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre.

3 Residente em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

*Endereço para correspondência:*

Aristides V. Cordioli

Hospital de Clínicas – Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Porto Alegre, PR

CEP 90035-003.

E-mail: [arco@matrix.com.br](mailto:arco@matrix.com.br)

Revista Psiquiatria  
de Clínica

Índice

